

#### Comitato di redazione

Giovanni Addolorato  
Fabio Caputo  
Davide Mioni  
Valentino Patussi (coordinatore)  
Valeria Zavan

#### Ringraziamenti a

O. Bazzani, C. Calzolari, M. Cibir, M. Dughetti, M. Salvagnini;  
al Laboratorio Farmaceutico C.T. per aver reso possibile la  
realizzazione di questa G.U.I.D.A.

Questa pubblicazione si è giovata di una numerosa serie di dati bibliografici. Per ragioni di spazio editoriale, non viene riportata la documentazione consultata né la vasta bibliografia di riferimento. Gli interessati potranno richiedere ogni informazione direttamente agli Autori o presso:

**Società Italiana di Alcolologia (SIA)**, segreteria: Centro di Alcolologia e della Nutrizione, Azienda Ospedaliera Careggi, Università degli Studi di Firenze, viale Morgagni 85, 50136 Firenze, tel. 055.433.665, fax 055.422.24.09 • **Società Italiana di Medicina Generale (SIMG)**, via del Prato 66, 50123 Firenze, tel. 055.284.030 • **Scuola di Perfezionamento in Problemi e Patologie Alcol-correlate**, Dipartimento di Fisiopatologia Clinica, Università Studi Firenze, tel. 055.433.665, fax 055.422.24.09 • **Scuola Europea di Alcolologia e Psichiatria Ecologica**, via Artemidoro 7, 34134 Trieste, tel. e fax 040.361.795 • **Alcolisti Anonimi (AA)**, Centro nazionale, via di Torre Rossa 35, 00135 Roma, tel. 06.663.66.20, fax 06.662.834.34 • **Gruppi Familiari Al-Anon/Al-Ateen**, Centro nazionale, Casella Postale 1348, 20137 Milano, tel. e fax 02.551.936.35 • **Associazione Italiana Club Alcolisti in Trattamento (AICAT)**, via Chisimaio 40, 33100 Udine, tel. 043.254.21.01 • **Associazione Eurocare Italia**, via Altinate 106/4, 35121 Padova, tel. e fax 049.878.69.70 • **Informalcol-Fondazione A. Devoto**, viale Mazzini 40, 50132 Firenze, tel. 055.246.90.55, fax 055.246.91.67 • **Alcolologia-European Journal of Alcohol Studies**, Eurohealth Editors, via Castiglione 28, 40124 Bologna, tel. 051.263.703, fax 051.238.564 • **alcoltel**, Assistenza in tema di Alcolismo, numero verde 800.010.566



società italiana di alcolologia



Prima edizione: ottobre 1999  
ISBN 88-87790-00-0

Copyright © 1999 by Eurohealth Editors srl  
Via Castiglione 28 - 40124 Bologna  
Tel. 051.263.703 - Fax 051.238.564  
Tutti i diritti riservati.

È vietata la riproduzione, anche parziale o a uso interno o didattico,  
con qualsiasi mezzo effettuata, compresa la fotocopia, non autorizzata.

omaggio riservato ai signori Medici

# guida Utile all'identificazione e alla diagnosi dei problemi alcol-relati



società italiana di alcolologia

La constatazione che la realtà del mondo che ci circonda è in evoluzione continua è talmente ovvia da sconfinare nel banale, ma credo che l'accelerazione (vera o percepita in virtù delle possibilità di informazione che stiamo sperimentando in questo fine millennio) possa trovare nella Storia condizioni simili solo in occasione di grandi eventi quali l'epopea dell'Impero Romano, la scoperta dell'America o la Rivoluzione Francese. È quindi spiegabile la difficoltà che le Istituzioni, quali l'Università, incontrano nel mantenersi al passo con i cambiamenti di costume e di esigenze che una realtà così impetuosamente evolventesi impone. Penso che questa sia la spiegazione più attendibile per la grave lacuna esistente nei programmi di studio delle Facoltà Mediche nei confronti di tematiche così importanti per la salute, quali le dipendenze, l'alcolismo e i problemi e le patologie alcol-relate. È infatti cosa a tutti nota che la quasi totalità dei medici (e più recentemente dei laureati in Scienze Infermieristiche) giunge al compimento dei propri studi senza aver avuto la possibilità di assistere a una lezione di Alcolologia. Non bisogna quindi stupirsi se il livello di conoscenze in merito è notevolmente basso proprio in quelle categorie che potrebbero e dovrebbero costituire il punto di riferimento dell'informazione sanitaria per la popolazione generale nonché l'esempio comportamentale di riferimento per i propri pazienti e anche per i propri "pari". È pertanto ovvio che la Società Italiana di Alcolologia sia impegnata in un'azione di promozione di tutte le attività potenzialmente utili alla promozione culturale in campo alcolologico.

In considerazione del fatto che la precocità della diagnosi o del sospetto diagnostico costituisce uno dei pilastri della Prevenzione Secondaria e che tale obiettivo può essere raggiunto solo se si verificano due requisiti fondamentali quali la conoscenza e l'attenzione al problema, si è ritenuto rilevante e degno di impegno l'allestimento di questa Guida Utile all'Identificazione e alla Diagnosi dei problemi Alcol-relati che, vista l'esperienza e la capacità, si è ritenuto strategico affidare a un'équipe di "giovani leoni" e a affermati alcolologi.

L'apparente semplicità non deve trarre in inganno perché la sintesi e la chiarezza, requisiti irrinunciabili di un'opera di questo genere, non sono facilmente coniugabili; pertanto lo sforzo è stato sicuramente maggiore di quel che può apparire a prima vista. D'altra parte la ricerca di una forma semplice è stata fortemente voluta in considerazione dei già citati obiettivi dell'informazione (corretta) e del richiamo dell'attenzione (non scandalistico) cui confidiamo di aver associato un contenuto tecnico che, basato su un'ampia documentazione, ottemperi al fine di fornire ai destinatari uno strumento agile e facilmente fruibile per la loro attività quotidiana. Si è ritenuto utile associare all'aspetto strettamente diagnostico una sintesi dei documenti che importanti Istituti Sanitari hanno posto a cornice delle rispettive politiche di promozione della salute: Carta Europea sull'Alcol, Piano Sanitario Nazionale, Salute 21. Questi documenti sono orientati a attivare processi di prevenzione delle problematiche alcol-relate al consumo di bevande alcoliche sia nei minori che negli adulti.

Vorrei sottolineare che questa iniziativa non si pone in alternativa alle numerose pubblicazioni in materia, ma piuttosto si affianca a esse con intento più divulgativo e a esse rimanda per soddisfare curiosità e necessità di completezza. L'auspicabile successo di questa G.U.I.D.A. non solo soddisferebbe i voti del Consiglio Direttivo della S.I.A., che ho l'onore di presiedere, ma potrebbe costituire il primo elemento di una "collana" di manuali simili su tematiche specifiche, sotto la guida dei futuri Consigli Direttivi.

Ottobre, 1999

Giuseppe Francesco Stefanini - Presidente

## CARTA EUROPEA SULL'ALCOL Parigi, Dicembre 1995

**Principi etici e obiettivi:** a sostegno del progressivo sviluppo del Piano d'Azione Europeo sull'Alcol, la Conferenza di Parigi invita tutti gli Stati Membri a promuovere politiche globali sull'alcol e ad attuare programmi che esprimano, conformemente alle esigenze dei contesti economico-giuridici e socio-culturali dei diversi Paesi, i seguenti principi etici e i seguenti obiettivi, tenendo conto del fatto che questo documento non conferisce diritti legali: Tutti hanno diritto a una famiglia, una comunità e un ambiente di lavoro protetti da incidenti, violenza e altri effetti dannosi che possono derivare dal consumo di bevande alcoliche. Tutti hanno diritto a ricevere, fin dalla prima infanzia, un'informazione e un'educazione valida e imparziale sugli effetti che il consumo di bevande alcoliche ha sulla salute, la famiglia e la società. Tutti i bambini e gli adolescenti hanno il diritto di crescere in un ambiente protetto dagli effetti negativi che possono derivare dal consumo di bevande alcoliche e, per quanto possibile, dalla pubblicità di bevande alcoliche. Tutti coloro che assumono bevande alcoliche secondo modalità dannose o a rischio, nonché i membri delle loro famiglie, hanno diritto a trattamenti e cure accessibili. Tutti coloro che non desiderano consumare bevande alcoliche o che non possono farlo per motivi di salute o altro hanno diritto a essere salvaguardati da pressioni al bere e sostenuti nel loro comportamento di non-consumo.

**Dieci strategie per una azione sull'alcol:** le ricerche e il successo degli interventi in diversi Paesi hanno dimostrato che si possono ottenere benefici a livello sanitario e economico in tutta la Regione Europea qualora vengano implementate le seguenti strategie per la promozione della salute nell'ambito di un'azione sull'alcol, al fine di rendere effettivi i principi e gli obiettivi sopra elencati, nel rispetto delle differenze culturali e dei diversi contesti giuridici, sociali e economici di ciascun Stato Membro:

**1 - Informare le persone degli effetti che il consumo di bevande alcoliche può avere sulla famiglia e la Società e delle misure efficaci che si possono prendere per prevenirne o ridurre i possibili danni, realizzando, a partire dalla prima infanzia, programmi educativi di vasta portata.** **2 - Promuovere ambienti pubblici, privati e di lavoro, protetti da incidenti, violenza e altre conseguenze negative dovute al consumo di bevande alcoliche.** **3 - Emanare e applicare leggi che scoraggino efficacemente di mettersi alla guida dopo aver consumato bevande alcoliche.** **4 - Promuovere la salute attraverso il controllo della disponibilità - ad esempio in relazione alla popolazione giovanile - e attraverso interventi sui prezzi delle bevande alcoliche - ad esempio tramite la tassazione.** **5 - Attuare severe misure di controllo, tenendo conto dei limiti o dei divieti esistenti in alcuni Paesi sulla pubblicità, diretta e indiretta, di bevande alcoliche e assicurare che nessuna forma di pubblicità sia specificamente diretta ai giovani, ad esempio collegando alcol e eventi sportivi.** **6 - Assicurare l'accesso e la disponibilità di efficaci servizi di trattamento e riabilitazione, con personale opportunamente formato, alle persone con consumi a rischio o dannosi e alle loro famiglie.** **7 - Incoraggiare un maggiore senso di responsabilità etica e giuridica tra coloro che operano nei settori del marketing o del commercio di bevande alcoliche e incentivare severi controlli sulla qualità e sicurezza del prodotto e attuare norme appropriate contro la produzione e le vendite illegali.** **8 - Accrescere le capacità della Società di occuparsi delle problematiche dell'alcol attraverso la formazione degli operatori dei vari settori coinvolti, quali quello sanitario, sociale, educativo e giudiziario, contestualmente al rinforzo e allo sviluppo del ruolo centrale della comunità.** **9 - Sostenere le organizzazioni non governative e i gruppi di auto-aiuto che promuovono stili di vita sani, in particolare coloro che operano nell'ambito della prevenzione o della riduzione dei danni alcol-correlati.** **10 - Formulare programmi di ampia portata negli Stati Membri, tenendo conto di questa Carta: definire chiaramente obiettivi e indicatori di risultato; monitorare i progressi e assicurare l'aggiornamento periodico dei programmi basati sulla valutazione.**

## UN PATTO DI SOLIDARIETÀ PER LA SALUTE Piano Sanitario Nazionale 1998-2000

Questo Piano pone come principale obiettivo la "promozione della salute". Tale intervento può trovare attuazione solamente attraverso l'identificazione e il controllo dei fattori di rischio per la salute e di tutti i comportamenti individuali che favoriscono l'insorgenza di patologie. Analogamente per quanto indicato per gli altri fattori di rischio, quali il fumo, l'alimentazione, l'attività fisica, anche per l'alcol viene sollecitato un intervento condiviso e una azione multisettoriale coinvolgente non soltanto l'ambito sanitario ma quello sociale e civile.

Nel 1995 sono stati rilevati dall'ISTAT i seguenti valori nelle persone di 14 anni e più:

	bevono oltre 1/2 litro di vino al giorno	bevono oltre 1/2 litro di birra al giorno	bevono alcolici fuori pasto
uomini	12,2%	1,9%	35,3%
donne	1,8%	0,3%	10,1%

Il Piano propone la realizzazione dei seguenti obiettivi (in riferimento alla situazione rilevata nel 1995):

- *la prevalenza dei consumatori di bevande alcoliche che eccedono i 40 grammi/die di alcol, per i maschi, e i 20 grammi/die di alcol, per le donne, dovrà ridursi del 20%*
- *inoltre, la prevalenza dei consumatori di bevande alcoliche fuori pasto dovrà tendenzialmente ridursi del 30%.*

A tal fine sono indicate le seguenti azioni specifiche, di prevenzione primaria e di promozione della moderazione dei consumi, che comprendono provvedimenti nazionali e interventi regionali e locali:

- interventi di regolamentazione della pubblicità dei prodotti alcolici;
- misure di regolamentazione dell'informazione sul contenuto alcolico delle bevande, con esplicito riferimento ai possibili effetti dannosi;
- azioni di controllo della qualità dei prodotti alcolici e di riduzione del grado alcolico delle bevande;
- campagne di educazione sanitaria, differenziate per i diversi gruppi di popolazione;
- campagne mirate a controllare i consumi alcolici fra le donne in gravidanza e a promuovere l'interruzione del consumo;
- sostegno a iniziative volte alla disassuefazione dall'alcol, impegnando anche i medici di medicina generale con programmi strutturati di provata efficacia;
- attività di regolamentazione e monitoraggio della distribuzione degli alcolici in ambito collettivo e di comunità;
- misure volte a favorire il rispetto dei limiti di concentrazione ematica di alcol durante la guida;
- regolamentazione della vendita di alcolici in coincidenza di manifestazioni sportive e culturali e nelle autostrade;
- misure fiscali volte a disincentivare il consumo di alcolici;
- promozione di iniziative che limitino la vendita di bevande alcoliche ai minori.

Sono inoltre necessarie azioni mirate al miglioramento dell'assistenza e della riabilitazione dei soggetti alcol-dipendenti.

## SALUTE 21 - SALUTE PER TUTTI NEL XXI SECOLO:

### Alcol

I prodotti alcolici sono responsabili di circa il 9% del totale delle malattie nella Regione Europea, aumentando il rischio di cirrosi epatica, di alcuni tipi di tumore, dell'aumento della pressione sanguigna, di infarto e di malformazioni congenite.

Sebbene il consumo di alcol riduca il rischio di malattie cardiovascolari, la maggior parte di questa riduzione viene ottenuta a livelli inferiori a 10 grammi al giorno, ed è comunque significativa solo per gli individui di età superiore ai 50 anni.

A livelli alti di consumo, l'alcol aumenta il rischio di improvvisa morte coronarica. Inoltre, il consumo di alcol accresce il rischio di problemi familiari, lavorativi e sociali quali l'alcoldipendenza, gli incidenti (compresi gli incendi), le aggressioni, i comportamenti criminali, le ferite non intenzionali, la violenza, gli omicidi e i suicidi, gli incidenti sulla strada e quelli sulle navi che a volte possono provocare ingenti danni ambientali.

Sul totale delle morti dovute a ferite intenzionali o non intenzionali, tra il 40% e il 60% sono attribuibili al consumo di alcol. I danni alcol-correlati sono particolarmente alti nella parte orientale della Regione Europea e sono responsabili di una larga parte dell'aumento di morti per patologie cardiovascolari e della diminuzione della speranza di vita.

Il 90% dei Paesi della Regione Europea ha un consumo annuale *pro capite* che supera i 2 litri di alcol puro (il limite suggerito dall'evidenza scientifica come il più basso rischio di mortalità per la popolazione).

I costi dell'alcol per la Società, intesi come costi diretti e costi legati alla perdita di produttività, sono stimati tra il 2 e il 5% del Prodotto Interno Lordo.

### Target 12

#### Riduzione dei danni da alcol, droga e tabacco

*Entro l'anno 2015 le conseguenze negative per la salute derivanti dal consumo di sostanze come il tabacco, l'alcol e le droghe psicoattive dovranno subire una riduzione significativa in tutti gli Stati Membri.*

#### In particolare:

**12.1 in tutti i Paesi, la proporzione di non fumatori dovrebbe essere: 80% nella popolazione sopra i 15 anni e quasi zero nella popolazione sotto i 15 anni**

**12.2 in tutti i Paesi, il consumo pro capite di alcol non dovrebbe aumentare o comunque superare i 6 litri all'anno, e dovrebbe essere quasi zero nella popolazione sotto i 15 anni**

**12.3 in tutti i Paesi, la prevalenza dell'uso di droghe psicoattive illegali dovrebbe ridursi almeno del 25%, e la mortalità di almeno il 50%.**

### Strategie proposte

Esistono evidenze scientifiche nei Paesi della Regione Europea dell'O.M.S. che dimostrano come si possano ottenere benefici sanitari e economici sostanziali se si prendono iniziative sull'alcol.

La Carta Europea sull'Alcol delinea le principali strategie di promozione della salute, che comprendono l'istituzione e il rafforzamento di leggi efficaci, la tassazione delle bevande

## i principi per la Regione Europea dell'O.M.S. - Marzo 1999

alcoliche e il controllo della pubblicità diretta e indiretta delle bevande alcoliche. La valutazione dell'impatto sanitario da parte del mondo produttivo costituisce un'importante strategia complementare.

La Carta sull'Alcol e il Piano d'Azione Europeo sull'Alcol forniscono le indicazioni per ridurre i danni prodotti dal consumo di alcol.

L'aumento delle tasse sui prodotti alcolici riduce i danni alcol-correlati, in particolare per i giovani e per i grandi bevitori. La diminuzione del 10% del consumo individuale corrisponde alla diminuzione di circa il 20% della mortalità alcol-correlata maschile e alla diminuzione del 5% di incidenti mortali, suicidi e omicidi nella popolazione generale.

Sono necessarie regole per controllare il contenuto alcolico delle bevande, per escludere la possibilità di stabilire correlazioni ingiustificate tra il prodotto e la salute, per controllare il tipo di confezione in cui i prodotti alcolici vengono venduti e per assicurarsi che queste confezioni abbiano le necessarie informazioni (come il contenuto di etanolo della bevanda alcolica in questione).

Le bevande alcoliche mascherate da bevande analcoliche, che sono pensate e messe sul mercato per attrarre gli adolescenti, aumentano il rischio di dipendenza e intossicazione e dovrebbero essere bandite.

La pubblicità ha un impatto considerevole sull'uso dei prodotti alcolici: alcune restrizioni portano a una riduzione del consumo di alcol e dei danni alcol-correlati. Se la pubblicità di alcolici è consentita, dovrebbe essere limitata ai mezzi di informazione di stampa e limitata alle informazioni sul prodotto.

Alcune restrizioni sugli orari o sui giorni di vendita e regole su numero, tipo o collocazione delle licenze diminuiscono i consumi. L'aumento dell'età minima legale per consumare alcol può contribuire a ridurre gli incidenti stradali alcol-correlati, oltre che il consumo di alcol e le morti alcol-correlate.

I programmi di formazione rivolti al personale che normalmente serve le bevande alcoliche, insieme a una maggiore responsabilità legale di queste figure, aiutano a ridurre il numero di incidenti in cui l'alcol è coinvolto.

La migliore tecnologia disponibile può essere usata per ottenere bevande alcoliche di alta qualità e a prezzi competitivi con un basso contenuto alcolico.

Le morti dovute a ferite intenzionali o non intenzionali, arresti cardiaci e numerose conseguenze sociali dovute all'uso di alcol sono tutte risultati di intossicazioni acute da alcol. Le strategie mirate a ridurre i danni provocati dall'uso di alcol dovrebbero concentrarsi sulla diminuzione degli episodi di intossicazione e sulla separazione del bere dal tipo di comportamento che causa il danno.

I programmi per prevenire il consumo di alcol nei luoghi di lavoro sono particolarmente importanti, così come iniziative e pesanti sanzioni destinate a prevenire la guida in stato di ebbrezza.

Interventi brevi in ambiti di assistenza primaria sono efficaci per ridurre il consumo di alcol di oltre il 25% nella popolazione che presenta un livello di consumo rischioso o dannoso. Sono efficaci dal punto di vista dei costi, riducono i costi dell'assistenza sanitaria e ottengono un miglioramento della salute. Programmi di intervento per la comunità possono essere efficaci per ridurre gli incidenti stradali legati all'alcol, limitare la vendita a coloro che sono troppo giovani, promuovere la responsabilità di quelli che servono alcol e facilitare l'adozione di legislazioni locali.

## COS'E' L'ALCOL?

L'alcol etilico è una sostanza con proprietà psico-attive contenuta a concentrazioni differenti in diversi tipi di bevande.

Tipo di bevanda alcolica	Volume di alcol anidro/grado alcolico
BIRRA	3-5%
VINO	10-13%
APERITIVO	18%
AMARO	30%
LIQUORE	20-40%
COGNAC	40%
WHISKY	40%
GRAPPA	42%

Per calcolare la quantità espressa in grammi di alcol anidro assunto si può applicare la seguente formula:

$$\text{grammi di alcol} = \frac{\text{ml di bevanda alcolica} \times \text{grado alcolico} \times 0.80}{100}$$

1 bicchiere di vino 12%	= 125 ml	= 12 grammi di alcol
1 lattina di birra 4%	= 330 ml	= 11 grammi di alcol
1 bicchierino di superalcolico 40%	= 40 ml	= 13 grammi di alcol

I problemi correlati al consumo di bevande alcoliche e l'alcoldipendenza sono condizioni frequenti e diffuse in entrambi i sessi e in tutte le fasce d'età.

Per questo è importante inserire sempre nella raccolta dell'anamnesi personale di tutti i pazienti qualche domanda relativa alle abitudini connesse al consumo delle bevande alcoliche.

## L'INQUADRAMENTO DIAGNOSTICO

Identificare i problemi e le patologie alcol-correlati e l'alcoldipendenza non sempre può essere semplice.

**Come definire i problemi e le patologie alcol-correlati (PPAC)?** Tutte le situazioni di disturbo riconducibili all'uso episodico e/o protratto di bevande alcoliche.

**Cos'è l'ubriachezza?** Uno stato di intossicazione acuta.

**Cos'è l'alcolismo?** Un disturbo a genesi multifattoriale (bio-psico-sociale) associato all'assunzione protratta (episodica e cronica) di bevande alcoliche, con presenza o meno di dipendenza, capace di provocare una sofferenza multidimensionale che si manifesta in maniera diversa da individuo a individuo.

L'alcolismo è definito dalla contemporanea presenza di:

- a) **perdita di controllo sull'uso di alcolici** evidenziabile dal "fenomeno del primo bicchiere", dai tentativi inefficaci di controllo, dalla continuazione del *potus* nonostante gravi conseguenze legate a tale uso
- b) **modificazione del modello di consumo alcolico** con comparsa di desiderio compulsivo di bere anche in assenza di intossicazione in atto (craving)
- c) **dipendenza** incapacità di rinunciare all'assunzione di alcol e conseguente sforzo per procurarselo, dovuto all'irresistibile desiderio legato al piacere dell'assunzione (dipendenza psichica), con tendenza ad aumentare la dose per mantenere il medesimo effetto (tolleranza) e al timore dell'insorgenza della sintomatologia organica di privazione (astinenza) che caratterizza la dipendenza fisica
- d) **cambiamento dello stile di vita** caratterizzato dalla tendenza all'isolamento, dal mal funzionamento fino alla perdita delle abituali relazioni sociali e da danni nelle diverse aree di salute vitale come successivamente definite
- e) **problemi familiari**, o comunque della **rete sociale personale**, di diversa entità, che possono giungere alla disgregazione del tessuto familiare e alla comparsa di franche manifestazioni di sofferenza psichica, emozionale e relazionale nel partner e negli altri conviventi.

Identificare correttamente i problemi alcol-correlati e la dipendenza può essere difficoltoso perché i portatori di tali problemi:

- non sono facili al dialogo
- generalmente non ammettono di avere un problema con l'alcol
- tendono a non riferire in modo corretto i dati anamnestici o non ne attribuiscono una relazione con l'alcol.

Inoltre i problemi alcol-correlati sono spesso minimizzati dalla famiglia e dagli amici.

## SONO SOGGETTI CHE SPESSO NEGANO O MINIMIZZANO

- con **negazione** si intende un atteggiamento di non riconoscimento di quanto è evidenziato dal dato di realtà ("non è vero che...")
- con **minimizzazione** si intende un atteggiamento simile ma più blando e che tende a giustificare ("è vero, ma... " / " posso fare da solo/non è così grave/da domani cambio senza problemi...")

Per questo motivo è importante raccogliere quanti più elementi diretti e indiretti da tutte le fonti a disposizione:

- **soggetto**
- **familiari**
- **altri referenti significativi: amici, compagni di lavoro**
- **medico di medicina generale**
- **assistente sociale**
- **pediatra**
- **figure significative della comunità locale**
- **cartelle cliniche**
- **agenzie sanitarie, territoriali, del privato sociale**

Si ricordi che sono elementi indiretti anche:

- **incidenti stradali e traumatismi in genere**
- **incidenti domestici**
- **licenziamenti e frequenti cambi di lavoro**
- **ripetuto utilizzo del Pronto Soccorso (stati ansiosi, stati confusivi)**
- **lesioni/percosse ai familiari**
- **ritiro patente**
- **problemi legali (arresti per oltraggio, risse, abusi sessuali ...)**
- **comportamenti aggressivi**
- **violenza su minori**

## CRITERI DIAGNOSTICI

L'inquadramento diagnostico delle patologie alcol-correlate avviene seguendo i criteri diagnostici comunemente accettati a livello internazionale: il DSM IV e la Classificazione Internazionale delle Malattie (ICD-10) dell'OMS.

**DSM IV:  
Manuale Statistico e Diagnostico delle Malattie Mentali, IV ed.**

- È alcoldipendente un soggetto che sviluppa sintomi cognitivi, comportamentali e fisiologici correlati all'uso ripetuto di alcol, evidenziato da:

<b>compromissione fisica</b>	astinenza, tolleranza e/o problemi organici alcol-correlati (cirrosi, danni neurologici)
<b>compromissione psichica</b>	persistenza nell'uso nonostante il peggioramento di situazioni fisiche o psicologiche
<b>compromissione sociale</b>	riduzione delle attività socio-relazionali (problemi lavorativi, problemi familiari, divorzio, isolamento sociale)
<b>perdita di controllo o desiderio patologico (craving)</b>	tentativi di ridurre o controllare l'uso dell'alcol/assunzione in quantità superiori o per tempi più lunghi di quanto previsto dal soggetto/ grande quantità di tempo speso per procurarsi e/o assumere alcol/ comportamenti dettati dalla perdita di controllo e dal desiderio patologico

associati o meno a **tolleranza e astinenza fisica**.

- È abusatore un soggetto che ha una modalità patologica di uso con conseguenze avverse ricorrenti e correlate all'uso ripetuto.

**Dipendenza**

- 1 un forte desiderio o senso di compulsione a usare una o più sostanze
- 2 evidente compromissione della capacità di controllare l'uso di una o più sostanze. Ciò può essere in relazione a difficoltà nell'evitare l'uso iniziale, difficoltà nel sospenderne l'uso, difficoltà di controllo del livello d'uso
- 3 stato di astinenza, o uso della sostanza per attenuare o evitare sintomi di astinenza, e consapevolezza soggettiva dell'efficacia di tale comportamento
- 4 presenza di tolleranza agli effetti della sostanza
- 5 progressiva trascuratezza dei piaceri, comportamenti o interessi a favore dell'uso della sostanza
- 6 uso persistente della sostanza nonostante la evidente presenza di conseguenze dannose.

Sono richiesti almeno 3 item positivi.

**Uso dannoso**

Chiara evidenza che l'uso di una o più sostanze è stato responsabile degli attuali danni fisici o psichici dell'utilizzatore.

## STRUMENTI DIAGNOSTICI

Viene riportata una serie di elementi che sarebbe indispensabile valutare per una corretta diagnosi, che va intesa come un processo di identificazione dei problemi e patologie correlate al consumo di bevande alcoliche tramite un'attenta anamnesi individuale, familiare, la somministrazione di questionari e test, l'esecuzione di esami biochimici e strumentali.

Frequentemente nessuno di questi singoli elementi valutativi basta per identificare problemi alcol-correlati o una alcoldipendenza ma l'insieme delle rilevazioni può concorrere alla certezza o a supporre la presenza.

## CAGE

Consiste in quattro semplici domande che possono facilmente essere inserite nel colloquio col soggetto o con i familiari:

- **ha mai sentito la necessità di ridurre (C cut down) il bere?**
- **è mai stato infastidito (A annoyed) da critiche sul suo modo di bere?**
- **ha mai provato disagio o senso di colpa (G guilty) per il suo modo di bere?**
- **ha mai bevuto alcolici appena alzato (E eye opener)?**

Una risposta positiva = sospetto

due risposte positive = alta probabilità

tre risposte positive = certezza.

**M.A.S.T.:**  
**Michigan Alcoholism Screening Test/versione breve**

	Si	No
(2) ■ Pensi di bere normalmente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2) ■ I tuoi amici e familiari pensano che tu beva normalmente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(5) ▲ Sei mai stato a una riunione degli Alcolisti Anonimi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2) ▲ Hai mai perso amici a causa del bere?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2) ▲ Ti sei mai trovato in difficoltà nel lavoro a causa del bere?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2) ▲ Hai mai trascurato i tuoi obblighi, la tua famiglia o il tuo lavoro per due o più giorni perché stavi bevendo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(5) ▲ Hai mai sofferto di brividi violenti o hai mai sentito voci o visto cose che non esistevano dopo una forte bevuta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(5) ▲ Sei mai stato da qualcuno a cercare aiuto per la situazione creata dal bere?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(5) ▲ Sei mai stato in ospedale per aver bevuto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2) ▲ Sei mai stato arrestato per aver guidato in stato di ebbrezza?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Il numero in parentesi indica il punteggio da attribuire alle risposte.

■ Il punteggio va attribuito per le risposte negative.

▲ Il punteggio va attribuito per le risposte positive.

Un punteggio di 5 o più viene considerato indicativo di alcoldipendenza.

### M.A.L.T. 1 e 2: Munich Alcoholism Test

M.A.L.T. 1 (Si = 4, No = 0)	Si	No
Malattia epatica (almeno un sintomo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Polineuropatia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Delirium tremens</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Consumo alcol > 150g (donne > 120g) per diversi mesi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Consumo alcol > 300g (donne > 240g) almeno una volta al mese (bevitori occasionali)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Odore di alcol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Coniuge, familiari o amici hanno cercato aiuto per problemi del paziente correlati all'alcol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>TOTALE</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

M.A.L.T. 2 (Si = 1, No = 0)	Si	No
1. Le mie mani recentemente hanno spesso tremato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Di mattina talora ho senso di nausea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Talvolta ho cercato di liberarmi dal tremore e dalla nausea con l'alcol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Attualmente mi sento triste per i miei problemi e le mie difficoltà	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Non è raro che io beva alcol prima di pranzo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Dopo un bicchiere o due sento il desiderio di bere di più	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Penso molto all'alcol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Talvolta ho bevuto alcol anche contro il parere del medico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Quando bevo molto alcol tendo a mangiare poco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Al lavoro sono stato criticato a causa del mio bere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Preferisco bere da solo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Si	No
12. Da quando ho cominciato a bere sono in cattiva forma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Mi sono spesso sentito in colpa per il bere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Ho cercato di limitare il bere ad alcune occasioni o alcune ore della giornata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Penso che dovrei bere meno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Senza alcol avrei meno problemi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Quando sono turbato bevo alcol per calmarmi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Penso che l'alcol stia distruggendo la mia vita	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Talvolta voglio smettere di bere, talvolta no	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Gli altri non capiscono perché io beva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Andrei più d'accordo con il mio coniuge se non bevessi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Talvolta ho cercato di andare avanti senza alcol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Sarei contento se non bevessi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Spesso delle persone mi hanno detto che il mio alito aveva odore di alcol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>TOTALE</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Un punteggio di 11 deve considerarsi diagnostico di alcolismo, mentre un punteggio di 6-10 deve considerarsi altamente sospetto per alcoldipendenza. La sensibilità e specificità del test sarebbero molto alte (rispettivamente 90% e 100%).

**A.U.D.I.T.:**  
**Alcohol Use Disorders Identification Test**

1 bicchiere = 1 bicchiere di vino o birra oppure 1 bicchierino di aperitivo o amaro oppure un sorso di superalcolico (una "bevanda" si suppone contenga 10 g di alcol).

**1) Con quale frequenza beve una bevanda che contiene alcol?**

- (0)  mai
- (1)  mensilmente o meno
- (2)  da 2 a 4 volte al mese
- (3)  da 2 a 3 volte la settimana
- (4)  4 o più volte la settimana

**2) Quante bevande che contengono alcol prende in una giornata tipica quando beve?**

- (0)  1 o 2
- (1)  3 o 4
- (2)  5 o 6
- (3)  7 o 8
- (4)  10 o più

**3) Con quale frequenza prende 6 o più bevande in un'unica occasione?**

- (0)  mai
- (1)  meno di una volta al mese
- (2)  1 volta al mese
- (3)  1 volta la settimana
- (4)  ogni giorno o quasi

**4) Con quale frequenza durante l'ultimo anno si è accorto di non riuscire a smettere di bere una volta che aveva iniziato?**

- (0)  mai
- (1)  meno di una volta al mese
- (2)  1 volta al mese
- (3)  1 volta la settimana
- (4)  ogni giorno o quasi

**5) Con quale frequenza durante l'ultimo anno non è riuscito a fare ciò che normalmente ci si aspetta da lei a causa del bere?**

- (0)  mai
- (1)  meno di una volta al mese
- (2)  1 volta al mese
- (3)  1 volta la settimana
- (4)  ogni giorno o quasi

**6) Con quale frequenza durante l'ultimo anno ha avuto bisogno di bere di prima mattina per tirarsi su dopo una bevuta pesante?**

- (0)  mai
- (1)  meno di una volta al mese
- (2)  1 volta al mese
- (3)  1 volta la settimana
- (4)  ogni giorno o quasi

**7) Con quale frequenza durante l'ultimo anno ha avuto sensi di colpa o rimorso dopo aver bevuto?**

- (0)  mai
- (1)  meno di una volta al mese
- (2)  1 volta al mese
- (3)  1 volta la settimana
- (4)  ogni giorno o quasi

**8) Con quale frequenza durante l'ultimo anno non è riuscito a ricordare quello che era successo la sera precedente perché aveva bevuto?**

- (0)  mai
- (1)  meno di una volta al mese
- (2)  1 volta al mese
- (3)  1 volta la settimana
- (4)  ogni giorno o quasi

**9) Si è fatto male o ha fatto male a qualcuno come risultato del bere?**

- (0)  no
- (1)  sì, ma non nell'ultimo anno
- (2)  sì, nell'ultimo anno

**10) Un parente, un amico, un medico o un altro operatore sanitario si sono occupati del suo bere o hanno suggerito di smettere?**

- (0)  no
- (1)  sì, ma non nell'ultimo anno
- (2)  sì, nell'ultimo anno

( ) Punteggio da attribuire alla risposta.

Punteggio pari a 8 o superiore, ma inferiore a 13 = il paziente beve troppo, oppure ha attualmente o ha avuto problemi alcol-correlati (infortuni o forti bevute occasionali ...), probabilmente non si tratta di un paziente fisicamente alcolodipendente; punteggio pari a 13 o superiore = il paziente ha problemi alcol-correlati e/o si tratta di un paziente alcolodipendente.

Gli esami di laboratorio possono essere suddivisi in:

**Routinari:** più sensibili e meno specifici = GGT • meno sensibili e più specifici = MCV / GGT+MCV • meno sensibili e meno specifici = AST / ALT / Acido urico, trigliceridi, urea.

**Non routinari:** più utilizzati = CDT • meno utilizzati = 5-HTLO / Beta esosaminidasi / Malonildialdeide / Dolicolo urinario.

Attualmente non è disponibile un singolo esame di laboratorio ideale con alta specificità e sensibilità. Pertanto è meglio associare più marker biologici per ottenere indicazioni più accurate.

### GGT: GAMMA-GLUTAMIL TRANSFERASI

Risulta essere un test di primo livello nella diagnosi di consumo cronico di alcol. La GGT sierica aumenta per un meccanismo di induzione enzimatica indipendentemente dalla presenza o meno di danno epatico alcol-correlato.

**Emivita:** 2-3 settimane dopo la completa astensione dall'uso di bevande alcoliche.

**Falsi positivi:** pancreatite, diabete, obesità; azione enzimoinducente di alcuni farmaci (barbiturici, antiepilettici, anticoagulanti).

**Sensibilità:** 34-85 %.

**Specificità:** 11-85 %.

### MCV: VOLUME CELLULARE MEDIO

L'aumento dell'MCV riscontrabile negli etilisti è secondario sia all'azione tossica diretta dell'acetaldeide sulla replicazione dei precursori degli eritrociti a livello midollare, sia all'interferenza esercitata dall'etanolo sull'assorbimento intestinale di acido folico e vit. B12.

**Emivita:** circa 3 mesi dopo la completa astensione dall'uso di bevande alcoliche.

**Falsi positivi:** carenza di folati, vit. B12, patologie epatiche non alcol-correlate, ipotiroidismo, tabagismo.

**Sensibilità:** 32 %.

**Specificità:** 94 %.

### GGT + MCV

L'incremento combinato di tali parametri garantisce una maggiore specificità e sensibilità nell'identificazione del consumo eccessivo di bevande alcoliche.

**Sensibilità:** 17-63 %.

**Specificità:** 74-98 %.

## ALCOLEMIA E ALCOLURIA

Dati i limiti determinati dalla rapida metabolizzazione dell'etanolo, il loro valore come marker di assunzione di alcol è limitato alla verifica e analisi dello stato in corso. Trovano impiego in ambito di medicina legale e pronto soccorso.

**Emivita:** 1 g/kg/h dopo la completa astensione dall'uso di bevande alcoliche.

**Sensibilità:** 0-98 %.

**Specificità:** 98 %.

## AST: ASPARTATO AMINOTRANSFERASI ALT: ALANINA AMINOTRANSFERASI

Tali enzimi sono più indicati per constatare un danno epatico piuttosto che un consumo di bevande alcoliche.

Un maggiore incremento delle AST rispetto alle ALT fa propendere per un danno epatico alcol-correlato.

L'isoenzima mitocondriale della AST non è più considerato un marker specifico in quanto l'attività sierica di tale isoenzima, presente nel 92% dei soggetti con consumo di bevande alcoliche, può innalzarsi anche nel 48% dei pazienti con epatopatie non alcol-correlate.

**Emivita (AST e ALT):** 2-3 settimane dopo completa astensione dall'uso di bevande alcoliche.

**Falsi positivi:** epatopatia non alcolica (incremento AST + ALT), disordini muscolari (incremento AST), infarto miocardico (incremento AST).

**Sensibilità (AST):** 15-69 %.

**Specificità (AST):** bassa.

**Sensibilità (ALT):** 26-58 %.

**Specificità (ALT):** bassa.

## ACIDO URICO, TRIGLICERIDI, UREA

In caso di consumo di bevande alcoliche possiamo ritrovare tali parametri biochimici incrementati per i danni metabolici conseguenti.

**CDT: TRANSFERRINA DESIALATA**

Rappresenta uno dei più recenti marcatori biologici di consumo alcolico. Nei soggetti alcolisti l'aumento della CDT è secondario all'inibizione della glicosilazione proteica indotta dall'etanolo e dall'acetaldeide. I valori della CDT aumentano dopo almeno 7 giorni di assunzione di etanolo in quantità comprese tra 50-80 g/die e si mantengono elevati per almeno 15-20 giorni.

È stato evidenziato che tale marker possiede una maggiore sensibilità (39%) nell'uomo rispetto alla donna, nella quale è stata riscontrata una maggiore sensibilità dell'MCV (40%). Inoltre è da rilevare come nei pazienti giovani (tra 20 e 40 anni nell'uomo e tra 20 e 30 anni nella donna) la CDT aumenta più spesso rispetto ai restanti convenzionali marker di consumo alcolico (MCV e GGT).

Nel gruppo di soggetti adulti (tra 41 e 50 anni di età) il marker più sensibile è risultato la GGT senza il riscontro di alcuna differenza tra i due sessi. Infine nella popolazione adulta/anziana (> 50 anni di età) la CDT è risultata possedere una sensibilità moderatamente superiore rispetto alla GGT e all'MCV, ma nelle donne anziane l'MCV ha mostrato una sensibilità più elevata.

**Emivita:** 2 settimane dopo la completa astensione dall'uso di bevande alcoliche.

**Falsi positivi:** danno epatico non alcol-correlato quale: cirrosi biliare primitiva, epatite cronica virale, epatite cronica virale attiva, epatocarcinoma, epatopatia iatrogena; variante D genetica della transferrina; disordini ereditari del metabolismo glicoproteico; trapianti combinati di pancreas e rene.

**Sensibilità:** 39-94 %.

**Specificità:** 82-98 %.

**5-HTLO: 5 IDROSSITRIPTOLOLO URINARIO**

Il rapporto fra il 5-HTLO e la creatinina o l'acido 5 idrossiindolacetico (5-HIAA) urinario, è stato recentemente proposto come marcatore specifico dose-dipendente di assunzione di etanolo. Il 5-HTLO e il 5-HIAA sono prodotti finali alternativi del metabolismo della serotonina; il consumo di etanolo determinerebbe una maggiore produzione di 5-HTLO rispetto al 5-HIAA (assunzione di alcol > 20 g/die= 5-HTLO/5-HIAA > 20).

**Emivita:** 5-20 ore dopo la completa astensione dall'uso di bevande alcoliche.

**Falsi positivi:** cibi ricchi in serotonina, fattori genetici, farmaci inibenti l'aldeide deidrogenasi.

**Sensibilità:** 0-90 %.

**Specificità:** > 90 %.

## BETA ESOSAMINIDASI

Normale glicosidasi presente nel fegato (epatociti, endotelio, sinusoidi, cellule del Kupffer). Nei soggetti con consumo alcolico l'aumento è legato sia al danno epatocellulare anche lieve che ad alterazioni del flusso biliare.

**Falsi positivi:** gravidanza, epatopatia, diabete mellito, tireotossicosi.

**Sensibilità:** 85-95 %.

**Specificità:** > 90 %.

## MALONILDIALDEIDE

Deriva dalla perossidazione lipidica delle membrane indotta dai prodotti di ossidazione dell'etanolo. Risulta più elevata in etilisti (con o senza epatopatia) rispetto ai controlli.

**Sensibilità:** 73 %.

**Specificità:** 98 %.

## DOLICOLO URINARIO

Un aumento di tale parametro è stato osservato sia in soggetti alcolisti che in neonati di madri alcolodipendenti. Il meccanismo responsabile di tale incremento è tuttora sconosciuto.

**Sensibilità:** 45-90 %.

**Specificità:** > 90 %.

## ADDOTTI DELL'ACETALDEIDE

Sia l'alcol che l'acetaldeide possono formare addotti chimici stabili con una varietà di substrati biologici (amine, proteine plasmatiche, emoglobina, proteine intracellulari). Al momento attuale non vi sono evidenze significative che il dosaggio di tali addotti nei liquidi biologici apporti ulteriori elementi di specificità e sensibilità nella diagnosi di assunzione alcolica acuta e cronica.

## VALUTAZIONE AREA FISICA

- presenza/assenza di intossicazione acuta/cronica
- presenza/assenza di segni di astinenza
- patologie organiche alcol-correlate attuali / pregresse
- patologie psichiche alcol-correlate attuali / pregresse
- altre patologie organiche o psichiche attuali / pregresse

## SEGNI E SINTOMI RILEVABILI DALL'ESAME OBIETTIVO

### 1. Più frequenti:

- **Segni rilevabili durante il colloquio:**
  - ✓ Congiuntiva iniettata o "acquosa".
  - ✓ Arco senile (bordo opaco a livello della cornea di materiale grasso).
  - ✓ Bruciate di sigarette tra il dito indice e medio e sul petto.
  - ✓ Contusioni, lividi e altri traumi.
  - ✓ Acne rosacea.
  - ✓ Alitosi alcolica.
  - ✓ Obesità.
  - ✓ Malnutrizione e deperimento.
- **Segni e sintomi di epatopatia e gastroenterologici:**
  - ✓ Epatomegalia con o senza splenomegalia.
  - ✓ Eritema palmare e *spider nevus* suggestivi per cirrosi epatica, non per alcolismo.
  - ✓ Epigastralgia associata in alcuni casi a irradiazione dorsale (pancreatite).
  - ✓ Conati di vomito mattutini.
  - ✓ Diarrea.
- **Segni e sintomi neurologici:**
  - ✓ Alterazioni della sensibilità degli arti inferiori (indice di iniziale neuropatia periferica).
  - ✓ Sensazione di calore agli arti inferiori.
  - ✓ Tremori arti superiori.

• **Segni e sintomi astinenziali:**

**Stadio I:** inizia dopo 6-12 ore dall'ultima ingestione:

lieve agitazione  
ansia  
irrequietezza  
inappetenza  
tremori  
insonnia  
sudorazione  
ipertensione  
tachicardia

**Stadio II:** inizia 24 ore dopo l'ultima assunzione:

sintomi del I stadio più:  
allucinazioni uditive, tattili e olfattive

**Stadio III:** dalle 6 alle 48 ore dalla sospensione di alcol:

sintomi del I stadio più:  
convulsioni (40% singole, 3% stato epilettico)

**Stadio IV:** *Delirium Tremens*. Inizia 2-3 giorni dalla sospensione del *potus*, può esordire fino a 10 giorni se sono coinvolte altre sostanze:

sintomi del I stadio più:  
profonda confusione  
disorientamento  
ipertermia  
ipertensione  
frequenza cardiaca rapida.

Il *Delirium Tremens* è un'emergenza medica con una percentuale di mortalità di circa il 20% (deve essere gestito con estrema attenzione).

**2. Meno frequenti:**

- ✓ Discromie cutanee, psoriasi, eczema discoide, prurito.
- ✓ Capelli di "seta".
- ✓ Tachicardia.
- ✓ Stato confusionale, riduzione del campo visivo.
- ✓ Tumefazione parotidea, "*facies cushingoide*", segni di stasi circolatoria con edemi variabili.

## MALATTIE ORGANICHE ASSOCIATE ALL'ALCOLISMO

**Più frequenti:** Dispepsia e gastrite alcolica.  
Steatosi epatica.  
Ipertensione arteriosa.  
Neuropatia periferica.

**Meno frequenti:** Cirrosi e epatite alcolica.  
Cardiomiopatia, colpo apoplettico.  
Pancreatite, S. di Mallory-Weiss.  
Polmonite e broncopneumopatie croniche, tubercolosi.  
Danno cerebrale cronico.  
Ipogonadismo, alterazioni mestruali.  
Parodontite, M. di Dupuytren, gotta, miopatie.

## VALUTAZIONE AREA FAMILIARE E SOCIO-RELAZIONALE

- gravità dei problemi comportamentali
- gravità della conflittualità familiare
- presenza/assenza di referenti e loro validità
- uso di sostanze psicoattive nei familiari e nel partner
- presenza/assenza di problemi psichici nei familiari e nel partner
- livello di adattamento sociale
- stabilità occupazionale
- recenti eventi stressanti

## INDICI PRECOCI DI TIPO COMPORTAMENTALE RILEVABILI DAL COLLOQUIO CON IL PAZIENTE

Possono essere individuati all'interno di due aree:

### 1. Area Sociale

- **problemi nel lavoro:** calo del rendimento, assenze, infortuni frequenti, ricorso a certificati di malattia, conflittualità con i colleghi, instabilità lavorativa
- **problemi familiari:** conflitti, gelosie, deterioramento del rapporto di coppia, separazione, difficoltà nella vita affettiva e sentimentale, carente progettazione, violenza e percosse
- **problemi finanziari**
- **problemi legali:** guida in stato di ebbrezza, risse, oltraggi, maltrattamenti
- **problemi relazionali:** oltre alla famiglia e all'ambiente lavorativo scarse e/o superficiali relazioni sociali
- **deterioramento dell'igiene personale e dell'abbigliamento**
- **scarsità di interessi**

### 2. Area Psicica

- **instabilità emotiva** (depressione alternata a euforia)
- **irritabilità, ansia, insonnia, disattenzione**
- **pensiero confuso, amnesie, difficoltà di concentrazione**
- **deficit cognitivi, in particolare nell'affrontare nuovi compiti**
- *alexithimia*
- **gelosie patologiche, idee di suicidio.**

L'alcol può mimare qualsiasi patologia psichiatrica sia in intossicazione che in astinenza.

È buona norma pertanto fare una valutazione degli eventuali sintomi psichiatrici associati almeno tre-quattro settimane dopo la disintossicazione.

Esistono infatti:

**Disturbi indotti dal consumo di bevande alcoliche:**

Dipendenza  
Problemi e patologie alcol-correlate

**Disturbi indotti dall'alcol:**

*Delirium*  
Demenza persistente  
Disturbo amnestico  
Disturbo psicotico  
Disturbo dell'umore  
Disturbo d'ansia  
Disfunzioni sessuali  
Disturbi del sonno

## VALUTAZIONE STORIA ALCOLOGICA

- inizio e durata dei problemi alcol-correlati
- precedenti periodi di astinenza da alcolici
- stato fisico e psicologico in tali periodi
- uso di altre sostanze
- pregressi tentativi di affrontare il problema
- pregressi trattamenti

**Anni d'uso e insorgenza PPAC:** la conoscenza della durata del consumo e dell'inizio della comparsa di PPAC risulta importante al fine di valutare la presenza di problemi fisici in atto o la compromissione delle aree socio-psicologiche.

**Precedenti periodi di astensione dall'alcol e condizioni psichiche durante tali periodi:** la presenza di eventuali condizioni psico-patologiche associate va indagata in corso di astensione dall'alcol.

**Polidipendenza:** la presenza di dipendenza oltre che da alcolici anche da altre sostanze o da farmaci costituisce una situazione sempre più frequente, in particolare tra i giovani, e tale da condizionare il tipo di approccio e la prognosi del trattamento. Si rende anche necessario un diverso tipo di intervento farmacologico.

**Pregressi tentativi di affrontare il problema e tipologia dei servizi di riferimento:** costituiscono elemento diagnostico per valutare il grado di dipendenza e determinanti per la ripresa di un nuovo percorso terapeutico.

## VALUTAZIONE MOTIVAZIONALE

- stadio di motivazione del soggetto
- stadio di motivazione dei familiari e/o referenti

Per valutazione motivazionale si intende la valutazione della disposizione al cambiamento rispetto a un determinato comportamento. Il soggetto infatti può essere più o meno propenso a modificare un proprio comportamento. Tale propensione non è naturalmente correlabile alla comprensione o ammissione del danno causato dal comportamento stesso.

- **Per colloquio motivazionale** si intende uno stile di approccio centrato sul soggetto e caratterizzato da una modalità empatica di relazione, non conflittuale, non coercitiva, non di contrapposizione volta a incoraggiare e coadiuvare il passaggio da uno stadio di cambiamento a uno successivo.
- **Il counselling motivazionale** è una precisa modalità di intervento spesso usata e consigliata anche in situazioni non altamente professionali in forma breve (counselling motivazionale breve) che ha come scopo lo sviluppo di un rapporto fiduciario volto a affrontare problemi contingenti e obiettivi parziali attraverso "contrattazioni". Il colloquio e il counselling motivazionale possono essere considerati utili strumenti per un più fluido svilupparsi della relazione col soggetto e, contemporaneamente, una modalità di intervento.
- **L'approccio e il counselling motivazionale** possono essere strumenti estremamente utili nel colloquio sia col soggetto alcol-dipendente che in quello che presenti già problemi alcol-correlati e ogni qualvolta si intenda sondare le abitudini alcoliche di un soggetto. Permettono di affrontare in modo adeguato la negazione e di avere con maggior facilità le informazioni necessarie alla valutazione.
- **La valutazione del grado di motivazione al cambiamento risulta importante sia**  
1) nell'aiutare lo sviluppo del colloquio di valutazione 2) nel suggerire strategie successive nel soggetto con problemi alcol-correlati.

## INTERVENTO BREVE

Dà indicazioni a operatori non specialisti sull'intervento da attuare su soggetti identificati o sospetti di essere a rischio di sviluppare un problema alcol-correlato. L'obiettivo è, in poche sessioni limitate nel tempo di conduzione (da pochi minuti a un'ora come massimo), di aumentare la coscienza del rischio individuale e motivare al cambiamento comportamentale. Caratteristiche dell'intervento breve sono:

- valorizzazione degli indicatori di rischio
- motivazione al cambiamento attraverso un atteggiamento empatico, teso a aumentare l'autoefficacia
- offerta di strategie su specifici obiettivi negoziati con il soggetto
- monitoraggio dei risultati.

## IL PROCESSO DI CAMBIAMENTO

Per modificare un comportamento consolidato una persona progredisce percorrendo determinati passi, che possono essere ripetuti finché non si ottenga un cambiamento di rilievo. L'efficacia dell'intervento può essere rafforzata se è adeguata al livello del cambiamento.

**Precontemplazione:** il soggetto non sospetta minimamente di avere un problema e non pensa affatto di modificarlo (il legame tra consumo di bevande alcoliche e problemi presenti non è realmente percepito)

**Intervento** fare semplici collegamenti; discutere la percezione della famiglia e degli amici; aumentare la conoscenza sulle bevande alcoliche.

**Contemplazione:** accettazione del fatto che il consumo di bevande alcoliche stia causando dei problemi;  
considerazione dell'opportunità di operare un cambiamento

**Intervento** identificare realisticamente i pro e contro dell'uso personale di alcol; incoraggiare la fiducia nelle capacità di cambiamento; sostenere la motivazione individuale al cambiamento.

**Determinazione:** il soggetto cerca una soluzione al problema

**Azione:** la decisione di cambiare è stata presa e il soggetto mette in atto strategie di cambiamento

**Intervento** identificare varie strategie per cambiare; identificare possibili sostituti alla perdita determinata dalla rinuncia alle bevande alcoliche; decidere cosa rappresenta un risultato positivo; rinforzare anche i miglioramenti minimi; procurarsi il supporto anche di altre persone.

**Mantenimento:** è la fase più difficile e delicata: il cambiamento deve essere consolidato

**Intervento** riconsiderare le motivazioni originarie che hanno spinto al cambiamento; identificare situazioni ad alto rischio, creare alternative all'uso di alcol; valutare il controllo delle ricadute.

**Ricaduta:** è un indicatore che è in corso un cambiamento in positivo (se avviene una volta si può rifare); la maggior parte delle persone hanno diverse ricadute

**Intervento** assicurarsi che la ricaduta non sia vissuta come un fallimento; spiegare nuovamente i benefici del cambiamento; rinforzare i miglioramenti ottenuti in precedenza.

## SUGGERIMENTI DI COMPORTAMENTO

- Informarsi sui livelli di consumo di bevande alcoliche (quando si chiede del fumo o si misura la pressione sanguigna)
- Chiedere se crede che il suo consumo di bevande alcoliche abbia un effetto sulla sua salute e sulla sua vita
- Prendere nota delle sue abitudini: consumo settimanale/tipo di bevande/giorni in cui beve
- Parlare con lui e/o la sua famiglia dei rischi del bere:
  - ✓ Incidenti e lesioni
  - ✓ Problemi del peso
  - ✓ Malesseri allo stomaco
  - ✓ Disfunzioni al fegato
  - ✓ Postumi di una sbornia
  - ✓ Ansia e depressione
  - ✓ Difficoltà sessuali
  - ✓ Difficoltà a prendere sonno
  - ✓ Aumento della pressione sanguigna
- Dare indicazioni appropriate sui rischi del bere (tenere a disposizione materiale informativo sull'alcol)
- Consigliare di fare controlli biochimici mirati (transaminasi, GGT, MCV)
- Consigliare di prendere contatto con i centri specializzati sui problemi alcol-correlati (Centri o Servizi di alcologia, Ser.T)
- Consigliare di prendere contatto con Alcolisti Anonimi o con i Club Alcolisti in Trattamento
- Fissare un appuntamento successivo a breve termine per fare il punto della situazione: contatti presi, risultati degli esami biochimici, difficoltà incontrate

## ALCOL E ... ANZIANI

L'incidenza di alcolismo negli ultrasessantacinquenni sembra variare, a seconda dei vari studi, dal 5 al 20%, con una maggior incidenza fra gli anziani ospedalizzati e/o istituzionalizzati.

Problemi correlati al consumo di bevande alcoliche costituiscono circa il 25% delle cause di ammissione alle R.S.A.

L'anziano è più suscettibile agli effetti negativi delle bevande alcoliche con conseguente progressiva compromissione della sfera neurologica e psichica (deficit motori, mnesici, disturbi comportamentali).

## ALCOL E ... DONNE

Le donne devono essere consapevoli della ridotta capacità dell'organismo femminile di metabolizzare le bevande alcoliche rispetto a quanto avviene per il sesso maschile e della maggior suscettibilità dell'organismo agli effetti dell'alcol durante la gravidanza e l'allattamento.

Nella popolazione femminile viene ormai da tempo segnalato un costante aumento del consumo di alcol, in particolare a partire dal climaterio.

## ALCOL E ... GIOVANI

Nel nostro Paese il fenomeno dell'uso di alcol nei giovani ha dimensioni rilevanti: nella fascia di età tra i 14 e 24 anni il 62% dei maschi e il 34% delle femmine beve birra, il 41% dei maschi e il 20% delle femmine beve vino (ISTAT 1996).

Circa 400.000 dei 9.000.000 di giovani del nostro Paese eccedono nel consumo di alcolici.

L'elemento facilitante l'abuso alcolico tra i giovani è il fatto che bere nel gruppo sembra favorire la socializzazione e l'appropriazione di un modello proprio della società adulta.

L'abuso di alcol spesso associato ai nuovi stupefacenti è responsabile delle cosiddette "stragi del sabato sera" in cui sono coinvolti i giovani al ritorno dalle discoteche.

## ALCOL E ... INCIDENTI STRADALI

L'alcol è responsabile di circa 1/3 degli incidenti stradali.

La probabilità di provocare incidenti mentre si guida aumenta di 5 volte per livelli di alcol nel sangue di 0.5 grammi/litro diventando molto elevata per valori di 1.5 grammi/litro. L'interazione di alcol, farmaci e sostanze stupefacenti peggiora ulteriormente le prestazioni motorie e cognitive di chi è alla guida, con un aumentato rischio di incidenti.

Attualmente la legislazione italiana (legge 685/75, 18/88 - 162/90 - 285/92) - art. 186 del Codice della Strada - pone come limite per poter guidare senza incorrere in sanzioni: 0,8 g/l di alcol nel sangue (alcolemia) a 35 microgrammi in 100 ml di aria espirata (etilometro).

Le pene vanno dalla multa (da lire 500.000 a 2.000.000) alla sospensione della patente (da 15 giorni a 6 mesi) con l'obbligo di presentarsi al Servizio Tossicodipendenze.

Questi limiti possono essere raggiunti con diverse quantità di alcol in rapporto alle condizioni fisiche generali, al peso corporeo, all'età, al sesso, al cibo ingerito, alla temperatura, alla quantità e modalità di assunzione delle bevande alcoliche.

In generale si raggiunge il valore di 0,8 g/l con due bicchieri di vino, due lattine di birra, con due bicchierini di superalcolici.

	g/l
• I riflessi sono leggermente disturbati e aumenta la tendenza ad agire in modo rischioso	0,2
• Movimenti e manovre vengono eseguiti più bruscamente	0,3
• La percezione sensoriale è ridotta a causa di una elaborazione mentale più difficoltosa	0,4
• Movimenti e ostacoli vengono percepiti con ritardo, riduzione della facoltà visiva laterale	0,5
• Facilità nel commettere errori anche di grave entità durante la prestazione	0,5
• Tempi di reazione molto lunghi	0,7
<b>Limite legale per la guida di autoveicoli</b>	<b>0,8</b>
• Forte diminuzione della capacità di valutare distanze, ingombri, movimenti	0,9
• Stato di ebbrezza chiaramente visibile, mancanza di attenzione, livello di capacità visiva minima, tempi di reazione disastrosi	1,0

## ALCOL E ... INFORTUNI SUL LAVORO

L'alcolismo continua a essere una delle principali cause di infortuni sul lavoro.

Circa il 10% di tutti gli incidenti lavorativi sono ascrivibili ad abuso alcolico.

Alcune condizioni professionali con esposizione al calore o a grandi sforzi (muratori, cuochi, operai siderurgici) sembrano favorire il consumo di bevande alcoliche a scopo dissetante o di contenimento degli stati di stress.

## ALCOL E ... MENOPAUSA

La menopausa è un momento critico durante il quale possono manifestarsi disturbi psico-organici legati alle modifiche dell'equilibrio ormonale.

Il consumo di bevande alcoliche può costituire un elemento che influisce negativamente su queste disfunzioni alterando il già precario equilibrio ormonale.

## ALCOL E ... POPOLAZIONE IN GENERALE

Secondo alcune stime il costo sociale complessivo indotto dall'abuso di alcol in Italia varia tra gli 11.000 e 13.000 miliardi: circa il 20% di tale cifra concerne costi relativi a trattamenti sanitari, il 44% è rappresentato dalla perdita di produzione per morbilità e mortalità, mentre il restante 36% è rappresentato da costi secondari.

Una stima può essere ottenuta dagli indici di mortalità alcol-correlata e da quelli di mortalità alcol-attribuibile che, a seconda delle fonti, può variare da 18.000 (ISTAT) a 38.000 (GESIA) soggetti.

I costi sociali complessivi alcol-correlati vanno a incidere sul settore salute in modo rilevante oltre che in termini di mortalità anche di morbilità. I ricoveri ospedalieri, la cui causa principale è l'alcol, costituiscono infatti il 5% del totale, mentre per un altro 15% l'alcol sarebbe concausa.

Circa il 15% dei soggetti che si rivolgono ai medici di base presenta problematiche correlate all'uso di alcol e circa il 5% risulta alcolodipendente.

## ALCOL E ... SESSUALITÀ

Comportamenti sessuali a rischio possono essere il risultato della combinazione: consumo di bevande alcoliche / attività sessuale.

Possono pertanto scaturirne gravidanze indesiderate o infezioni e malattie sessualmente trasmesse (HIV/AIDS).

Il consumo di bevande alcoliche può diventare nella donna un mezzo per evitare problematiche inerenti la sfera sessuale e il rapporto di coppia.

## ALCOL E ... VIOLENZA

L'alcol può essere associato a comportamento violento e/o fornire una scusa per atteggiamenti o comportamenti violenti, in particolare all'interno della famiglia.

Le donne che bevono hanno inoltre maggiore probabilità di diventare vittime di aggressioni fisiche e/o sessuali, in quanto sotto l'effetto dell'alcol possono apparire più indifese.

Su un totale di uomini responsabili di maltrattamento intrafamiliare la percentuale di soggetti alcolodipendenti varia dal 4 al 12%.